



## REFERENTIEL D'AUTO-EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

### VACCINATION DES ADULTES INFECTES PAR LE VIH/SIDA

Améliorer la couverture vaccinale des patients adultes infectés par le VIH/sida, tant pour les vaccins de routine que pour ceux spécifiques du contexte.

ReVIH-MULHOUSE, MARS 2008  
REVISION JUIN 2009

#### 1. PROMOTEURS

ReVIH-Mulhouse, réseau ville-hôpital Mulhouse – Sud Alsace

#### 2. REFERENCES

Calendrier vaccinal (mise à jour annuelle du BEH)

Recommandations Nationales du Groupe d'Expert (rapport Yeni, mises à jour biennales)

#### 3. CIBLE PROFESSIONNELLE

Les médecins référents hospitaliers

Les médecins traitant adhérents du réseau ville-hôpital

#### 4. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients infectés par le VIH/SIDA.

#### 5. SELECTION DES DOSSIERS

L'évaluation portera sur les dossiers des patients vus entre mai et octobre 2008 (6 mois) de façon prospective. Un contrôle sera réalisé à 1 an (mars 2009).

## 6. OBJECTIFS DE QUALITE

### Objectifs principaux :

Respecter et appliquer le calendrier vaccinal de l'adulte

Respecter et appliquer les indications de vaccination spécifiques des PvVIH

<b>Notes et critères à renseigner avant inclusion</b>	
<b>sérologies virales renseignées depuis moins de 1 an</b>	
VHB	Ag-HBs & Ac-HBs & Ac-HBc Ac-HBs de moins de 12 mois
VHA	Ig G-VHA négatif
VHC	Tout patient ayant ou ayant eu une CV-VHC détectable avec ou sans traitement
rubéole	Femmes en âge de procréer
<b>statut immuno-virologique et thérapeutique renseignés</b>	
CD4	Renseigné de moins de 6 mois
CV	Renseigné de moins de 6 mois
TARV	Noter si traité par anti-rétroviraux
Facteurs de risque	Co-infection VHB et/ou VHC Toxicomanie Intoxications tabagiques et/ou alcooliques Pneumopathie ou infection invasive à pneumocoque dans les antécédents Insuffisance cardio-respiratoire et/ou rénale
<b>mise à jour des vaccins</b>	
dTP	Id population générale
dTCaP	Parents, grand-parents et proches de jeunes enfants
VHB	Si sérologie négative NA chez hommes âgés
VHA	Si sérologie VHA négative en cas de co-infection VHB/VHC, et/ou à risque (toxicomanie, homosexualité), voyages en zone endémique, hépatopathie chronique
Pneumocoque	Tous les patients à CD4 > 200 /mm <sup>3</sup> Si facteurs de risque à CD4 < 200 /mm <sup>3</sup>
Grippe	CD4 > 200 /mm <sup>3</sup>
Rubéole	Femmes en âge de procréer NA chez les hommes et en cas de non indication vaccinale
Coqueluche	Id population générale ; dTcaPolio 1 injection
<b>traçabilité des actes</b>	
Retranscription dans le carnet de vaccination	

3

Circulation de l'information	Transmission de l'information du médecin traitant au médecin hospitalier et réciproquement
------------------------------	--

## VACCINATION DES ADULTES INFECTES PAR LE VIH/SIDA

### ReVIH-Mulhouse - SFLS - Evaluation médicale CHM

- Date d'évaluation : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| (jj mm aaaa)

Nom du patient :	Médecin traitant :	Réfèrent hospitalier :
Prénom :		

#### AUDIT VACCINATIONS et INFECTION VIH

1a – La VACCINATION dTP est	OUI <sub>1</sub>	NON <sub>2</sub>	? <sub>3</sub>	NA	Commentaires
▪ 1.1 indiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 1.2 effectuée et notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 1.3 retranscrite dans le carnet de vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1b – La VACCINATION dTcaP est	OUI <sub>1</sub>	NON <sub>2</sub>	? <sub>3</sub>	NA	Commentaires
▪ 1.1 indiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 1.2 effectuée et notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 1.3 retranscrite dans le carnet de vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 -- La VACCINATION ANTI-VHB	OUI <sub>1</sub>	NON <sub>2</sub>	? <sub>3</sub>	NA	Commentaires
▪ 2.1 – Le statut sérologique est connu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 2.2 – La vaccination est indiquée,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 2.3 – effectuée et notée dans le dossier,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 2.4 – retranscrite dans le carnet de vaccination.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 - La VACCINATION ANTI-VHA	OUI <sub>1</sub>	NON <sub>2</sub>	? <sub>3</sub>	NA	Commentaires
3.1 – Le statut sérologique est connu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.2 – La vaccination est indiquée,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.3 – effectuée et notée dans le dossier,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.4 – retranscrite dans le carnet de vaccination.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 - La VACCINATION ANTI-PNEUMOCOCCIQUE	OUI <sub>1</sub>	NON <sub>2</sub>	? <sub>3</sub>	NA	Commentaires
▪ 4.1 – La vaccination est indiquée,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 4.2 – effectuée et notée dans le dossier,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 4.3 – retranscrite dans le carnet de vaccination.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 - La VACCINATION ANTI-GRIPPALE	OUI <sub>1</sub>	NON <sub>2</sub>	? <sub>3</sub>	NA	Commentaires
▪ 5.1 – La vaccination est indiquée,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 5.2 – effectuée et notée dans le dossier,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 5.3 -- retranscrite dans le carnet de vaccination.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6- La VACCINATION ANTI-RUBEOLE	OUI <sub>1</sub>	NON <sub>2</sub>	? <sub>3</sub>	NA	Commentaires
▪ 6.1 – les Ac sont connus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 6.2 – La vaccination est indiquée,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 6.3 – effectuée et notée dans le dossier,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ 6.4 – retranscrite dans le carnet de vaccination.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Répondre NA (question non adaptée à la situation) en tenant compte des notes et des critères d'inclusion

**B/ ANALYSE DES RESULTATS**

7 – Satisfaction des professionnels	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	A= très satisfait =>d= mecontent
▪ 7.1 – Satisfait d’avoir participé à cette action d’EPP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 – Impact clinique et niveau de couverture vaccinale	<b>OUI</b> <sub>1</sub>	<b>NON</b> <sub>2</sub>	<b>?</b> <sub>3</sub>	<b>NA</b>	Commentaires
▪ 8.1 – Les vaccins sont complets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si NON à la question précédente					
▪ 8.2 – Les vaccins sont partiels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	